

29. Moldovanu I., Vovc V., *Neurologia funcțională și problema subiectivității*, Analele științifice ale USMF "N. Testemițanu", Zilele Universității (17-18 octombrie 2002), v. 2, p.240-245.
30. Damasio A., *The Filling of what happens*, Body and Emotion in Making of Consciousness, 1999, New York, 480 p.
31. Damasio A., *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, Hancourt, Inc, 2003, 370 p.
32. Queneau P., Osterman G., *Le medecin, le malade et la douleur*, Masson, Paris, 2000, 530 p.

Rezumat

Abordarea clinico-morfologică a neurologiei clasice nu întotdeauna poate explica deplin unele fenomene clinice. Explicația în aceste cazuri necesită o lărgire a cadrului conceptual al neurologiei. Lucrarea este o încercare de constituire a unei paradigme posibile a neurologiei funcționale.

Summary

The clinical - morphological approach of classical neurology cannot fully explain certain clinical neurological phenomena. The explanation in these cases requires the extension of conceptual borders of neurology. We set out to present a possible paradigm of functional neurology.

ROLUL ETAPEI PRESPITAL ÎN TERAPIA TROMBOLITICĂ A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL. STUDIU EPIDEMIOLOGIC

Stanislav Groppa,¹ d.h. în medicină, prof. univ, **Viorel Grigor**¹ doctorand, **Grigore Dutca**,² medic, **Eremai Zota**,¹ dr. în medicină, **Valeriu More**,² medic, **Sergiu Durbailov**,² medic, Clinica de Neurologie și Neurochirurgie a Facultății de Perfecționare a Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență²

Timpul de la debutul accidentului vascular cerebral până la spitalizare este un factor primordial pentru instituirea unui tratament specific. Conform conceptului modern privind atitudinea față de AVC, este foarte important a stabili cât mai precoce diagnosticul pozitiv și a institui tratamentul. Cele mai bune rezultate în tratamentul accidentelor vasculare cerebrale pot fi obținute în cazul internării cât mai precoce a pacientului. Tratamentul specific necesită a fi administrat în primele trei ore de la debut pentru un efect terapeutic maxim, prevenirea complicațiilor precoce și îmbunătățirea pronos-ticului.

Deși s-a demonstrat că utilizarea rt-PA are o eficiență majoră în AVC ischemic în primele 3 ore de la debut, puțini pacienți beneficiază de această terapie. Fereastra de timp este unul din factorii limitativi importanți, de aceea este necesară analiza intervalului de timp de la debut până la prezentarea la spital și a intervalului de timp de la prezentarea la spital până la administrarea medicației, pentru aplicarea măsurilor ce se impun pentru scurtarea lor.

Scopul studiului. Determinarea timpului de la debutul accidentului vascular cerebral până la sosirea bolnavului în Departamentul de Urgență al Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, având în vedere importanța decisivă a timpului în aplicarea tratamentului specific.

Materiale și metode. Au fost analizate 602 cazuri ale pacienților cu AVC internați în secția specializată de boli cerebro-vasculare pe parcursul anului 2005. S-au apreciat genul, vârsta pacientului, tipul de accident vascular cerebral, timpul debutului maladiei, intervalul de timp de la debut până la sosirea în Departamentul de Urgență, letalitatea în funcție de timpul de la debut și severitatea maladiei.

Rezultate și discuții. Din 602 pacienți 410 au fost cu AVC ischemic, 57 cu atac cerebral tranzitor, 111 cu AVC hemoragic și 12 pacienți cu hemoragie subarahnoidiană spontană. Repartizarea după gen a fost, practic, egală (F:B=1:1,02). Vârsta medie a pacienților a constituit 65,1 ani (64,2 – 66 ani, IC 95%). Timpul de la debut până la spitalizare, calculat prin media aritmetica, a fost de 20,99 ore

(17,9 – 24 ore IC 95%), mediana - 6 ore. În primele 3 ore s-au adresat 29,6 % din pacienți, dar numai 15,1 % în primele 2 ore (*tab.1*).

Tabelul 1

**Repartizarea totalității pacienților cu AVC
după sex și timpul de la debut până la internare (%)**

<i>Ore</i>	<i>0-1</i>	<i>1-2</i>	<i>2-3</i>	<i>3-4,5</i>	<i>4,5-6</i>	<i>6-12</i>	<i>12-24</i>	<i>24-72</i>	<i>>72 ore</i>
Femei	1,2	5,6	8,0	7,8	2,0	6,1	7,3	6,0	5,3
Bărbați	1,2	7,1	6,5	7,8	2,7	7,5	7,5	5,5	5,0
În total	2,3	12,8	14,5	15,6	4,7	13,6	14,8	11,5	10,3

Pacienții cu AVC ischemic au reprezentat cea mai mare cotă – 68,1 %. Timpul mediu de la debut până la spitalizare a fost de 23,2 ore (19,2 – 27,2, IC 95%), mediana - 6 ore. Vârsta medie a pacienților cu AVC ischemic, internați în primele 3 ore, a alcătuit 66,9 ani (66 – 68,8 IC 95%). Repartizarea pacienților după timpul de la debut până la spitalizare în raport cu vârsta (*tab.2*) demonstrează o prevalență mai mare (36,1%) în intervalul de vârstă 70 - 79 de ani, 10,2 % fiind internați în primele 3 ore.

Tabelul 2

Repartizarea pacienților cu AVC ischemic după timpul de la debut și vârstă (%)

	<i>< 40 ani</i>	<i>40-49 ani</i>	<i>50-59 ani</i>	<i>60-69 ani</i>	<i>70-79 ani</i>	<i>>80 ani</i>	<i>În total</i>
0-2 ore	0,0	1,0	3,4	3,9	5,1	1,0	14,4
2-3 ore	0,0	0,7	2,9	4,4	5,1	1,7	14,9
3-6 ore	0,5	2,0	2,9	4,4	6,6	1,5	17,8
6-12 ore	0,2	1,0	2,9	3,2	6,1	1,0	14,4
12-24 ore	0,5	1,0	2,4	6,3	3,9	1,0	15,1
24-48 ore	0,0	0,0	2,0	1,5	2,7	0,7	6,8
48-72 ore	0,0	0,2	1,0	1,0	1,5	0,7	4,4
> 72 ore	0,0	0,5	2,4	2,7	5,1	1,5	12,2
În total	1,2	6,3	20,0	27,3	36,1	9,0	100,0

Dintre pacienții cu AVC ischemic supratentorial, internați în primele 3 ore, 56,8 % au avut deficit neurologic sever. S-a apreciat că 80,5 % din pacienții cu AVC ischemic supratentorial au avut un scor sub 22 de puncte pe scara NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) și ei, teoretic, ar putea beneficia de un tratament specific cu preparate trombolitice, dar numai 32,6 % dintre aceștia au ajuns în spital în primele 3 ore (în primele 2 ore – 19,7 %).

S-a observat că o mare parte din pacienții cu accidente vasculare cerebrale ischemice acute (79,8 %), care ar putea să primească un tratament specific, se internează mai târziu de 2 ore de la debut. În mun. Chișinău, serviciul de asistență medicală de urgență este capabil să transporte bolnavul la spital în cel mai scurt timp posibil. Deci cauza întârzierii spitalizării este, de obicei, solicitarea tardivă a asistenței medicale. Se observă că pacienții cu deficit neurologic sever ajung mai repede în spital.

Numărul de pacienți cu AVC ischemic acut, care au ajuns în primele 2 ore în Departamentul de Urgență al CNȘMU, a fost mic, dar nu neglijabil (14,4%). În condițiile acceptului familiei, accesului imediat la CT și existenței unei echipe pregătite, se poate trece la tromboliza i/v.

Concluzii

La ora actuală se impun educarea populației în vederea conștientizării importanței suspectării accidentului vascular cerebral și solicitarea cât mai timpurie a asistenței medicale, pentru inițierea cât mai rapidă a unui tratament medicamentos specific, dependent de caracterul și gradul de manifestare ale procesului lezional.

Rezumat

Timpul de la debutul AVC este cea mai importantă condiție pentru aplicarea tratamentului trombolitic. Pentru obținerea efectului maxim de la tratamentul trombolitic este necesar a iniția tratamen-

mul în primele trei ore de la debut. În articol a fost apreciat timpul de la debut până la internare în Departamentul Medicină de Urgență a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență.

Summary

The time of Stroke onset is one of the most important conditions for initiating the thrombolytic therapy. For obtaining the maximal effect from thrombolysis it is necessary to start therapy in first three hours from onset time. In this article we analysed the time passed from stroke onset to admission in Emergency Department of National Scientific-Practical Center of Medical Emergencies.

TRATAMENTUL SPECIFIC TROMBOLITIC ÎN ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE

Stanislav Groppa¹, dr. h. în medicină, prof. univ., **Eremai Zota**¹, dr. în medicină, **Viorel Grigor**¹, doctorand, **Mihai Ganea**¹, dr. în medicină, **Valeriu More**², neurolog, **Sorin Plotnicu**¹, asist. univers., **Margareta Erșova**², neurolog, **Sergiu Durbailov**², neurolog, **Grigore Dutca**², neurolog, **Elena Trubco**², neurolog, **Igor Crivorucica**¹, medic rezident, Catedra Neurologie, Neurochirurgie și Genetică Medicală, Facultatea Perfecționare a Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență²

AVC-ul este a doua cauză a morții în lume, Impactul AVC-ului va crește considerabil în următorii 50 de ani. După pronosticurile experților în problema dată, incidența AVC-ului va crește atât în țările înalt dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare. Prolungirea duratei vieții și succesele în combaterea bolilor cardiace rezultă în creșterea numărului persoanelor cu un risc sporit pentru AVC. În țările dezvoltate din 100000 de persoane, aproximativ 150 anual fac AVC ischemice (Lopez A.D. et al., 1998). În SUA la fiecare 53 de secunde este înregistrat un caz de “stroke” (Magliano L. et al., 2005). Aproximativ 31% de pacienți cu accidente vasculare cerebrale (AVC) decedază în decursul primului an. Acest indice este mai mare la pacienții cu vârsta peste 65 de ani. Incidența ictusului la bărbați este cu 19% mai mare decât la femei. (Hall MJ et al., 2003).

AVC-ul este și cauza principală a disabilității severe pe timp îndelungat: cel puțin 30% din supraviețuitorii AVC sînt incomplet restabiliți și alte 20% necesită asistență în activitatea cotidiană (Bonita et al., 1997), astfel cheltuielile economice fiind enorme. De asemenea, AVC-ul este cauza principală a invalidității și a spitalizării îndelungate a pacienților, este a doua cauză de demență după boala Alzheimer și, totodată, agravând decurgerea acestei maladii (Sprangers M.A., et al., 2000).

În Republica Moldova accidentele vasculare cerebrale constituie una din principalele cauze de deces din ultimii 25 de ani. Datele statistice recente caracterizează următoarea situație: în Republica Moldova rata mortalității prin accidente vasculare cerebrale este net superioară celor din țările dezvoltate.

Soluționarea problemei mortalității înalte prin ictus cerebral este posibilă prin implementarea unor programe, care ar combate factorii de risc, crearea unui serviciu de asistență specializată pentru pacienții cu ictus acut (Stroke Unit) și implementarea noilor strategii terapeutice.

Conceptul tratamentului bolilor cerebrovasculare permanent evoluează. Până nu demult managementul AVC-ului era caracterizat de un “nihilism” terapeutic, care se manifesta prin “lipsa urgenței” – timpul spitalizării varia geografic, dar amânarea prelungită a acesteia era foarte comună. S-a evidențiat deja că răspunsul prompt și tratamentul efectiv pot proteja arii largi de țesut cerebral de la leziunea ireversibilă – cel puțin în AVC ischemic, care apare în mai mult de 80% cazuri de “stroke”. Pacienții cu patologii cerebrovasculare trebuie să considere că suferă de o boală care poate fi tratată cu succes (Patrono C., et al., 2004).

O nouă direcție de perspectivă a tratamentului AVC acut tip ischemic este terapia trombolitică prin utilizarea rt-PA. Trialurile recente cu folosirea rt-PA au demonstrat un efect pozitiv în evoluția statutului neurologic după 3 luni, la pacienții care fuseseră tratați cu rt-PA după 3 ore de la ictus, în